

විශ්‍රාම යාමෙන් පසු සාමාජිකත්වය ඉදිරියට පවත්වාගෙන යාම - යුද්ධ හමුදා සුවසහන අරමුදල

I වන කොටස

ඉල්ලුම්කරුගේ සහතිකය

1. රෙජිමේන්තු අංකය :..... නිලය :.....
2. නම (මුලකුරු සමග) :..... ඒකකය.....
3. ස්ථීර ලිපිනය :.....
.....
4. දුරකථන අංක : නිවස.....ජංගම.....WhatsAppඅංකය.....
5. විද්‍යුත් තැපැල් ලිපිනය :.....
6. උපන් දිනය .වර්ෂයමාසය.....දිනය.....
7. වයස අවුරුදු 80 සම්පූර්ණ වන දිනය :.....
8. යුද්ධ හමුදාවට බැඳුණු දිනය : වර්ෂය.....මාසය.....දිනය.....
9. යුද්ධ හමුදාවෙන් විශ්‍රාම ගිය/යාමට නියමිත දිනය :- වර්ෂය.....මාසය.....දිනය.....
10. ජාතික හැඳුණුම්පත් අංකය
11. විශ්‍රාමික හැඳුණුම්පත් අංකය :.....
12. විවාහක/අවිවාහක බව :.....
13. ලඟම පොලිසිය :.....
14. ග්‍රාම නිලධාරී කොට්ඨාශය/අංකය :.....
15. ලඟම ඥාතින් පිළිබඳ විස්තර:
 - අ. නම :.....
 - ආ. ඥාතිත්වය :.....
 - ඇ. ලිපිනය :.....

පහත සඳහන් විස්තර සම්පූර්ණ කළ යුතු ආකාරය පිළිබඳ උපදෙස් :

- අ. විවාහක අයවළුන්ගේ මව සහ පියාගේ විස්තර අවශ්‍ය නොවේ. දරුවන් නම් කිරීමේදී එම දරුවන් අවුරුදු 30 ට අඩු අවිවාහක රැකියා විරහිත අයවළුන් විය යුතුය.
- ආ. අවිවාහක අයවළුන් විසින් මව සහ පියාගේ විස්තර පමණක් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.
- ඇ. ලඟම ඥාතින් කිසිවෙකු හෝ නොමැති අයවළුන්ගේ නම් නිත්‍යානුකූල භාරකරු නම් කළ යුතුවේ. (දිවුරුම් ප්‍රකාශයක් ඉදිරිපත් කළ යුතුය)
- ඈ. ප්‍රතිලාභීන්ගේ ජාතික හැඳුණුම්පත් අංකය අනිවාර්යයෙන්ම සටහන් කළ යුතුය.
- ඉ. අවුරුදු 16 ට අඩු ජාතික හැඳුණුම්පත නිකුත්කර නොමැති අයවළුන්ගේ පමණක් උප්පැන්න සහතිකයේ අංකය සඳහන් කළ යුතුය.

| විස්තරය | සම්පූර්ණ නම | රැකියාව | උපන් දිනය | ඡා: හැ: අංකය |
|---|---|---|---|---|
| කලත්‍රය | ..... ..... | ..... | ..... | ..... |
| දරුවන් | 1. 2. 3. 4. 5. .... ..... ..... | ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... | ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... | ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... |
| අවිවාහක අයවචන්ගේ මව | ..... ..... | ..... | ..... | ..... |
| අවිවාහක අයවචන්ගේ පියා | ..... ..... | ..... | ..... | ..... |
| ඉහත සඳහන් කිසිවෙකු නොමැති නම් භාරකරුගේ නම | 1. .... ..... | ..... | ..... | ..... |

16. විග්‍රාමික සාමාජිකයා තමාගේ අන්තිම කැමැත්ත මත මියයාමකදී ප්‍රච්චාහ/නිමිකම් ගෙවිය යුතු අයගේ විස්තර (සම්පූර්ණ නම, ලිපිනය, ඡා:හැ: පත් අංකය සහ ඥාතිත්වය)

.....
.....
.....
.....

17. සාමාජික වාරික මුදල් අරමුදල වෙත ගෙවන කාලසීමාව : සය මාසික වාර්ෂික

18. සාමාජික වාරික මුදල් අරමුදල වෙත ගෙවන ආකාරය :
(ඉදිරාම අරමුදල වෙත මුදලින්/ප්‍රේෂණපත් මගින් හෝ බැංකු ස්ථාවර නියෝගයක් මගින් සුවසහන අරමුදල් ගිණුම වෙත බැර කිරීමෙන් ද යන වග)

මා විසින් සපයන ලද ඉහත තොරතුරු නිවැරදි හා සත්‍ය බවට මින් සහතික කරමි.

දිනය : 20 / / දින

අත්සන :.....

නම :.....

සුකාආම ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණයි.

II වන කොටස

**සුකාආම සුවසහන ලෙජර් අංශය
විෂයභාර ලිපිකරු**

1. ඉහත නම සඳහන් විග්‍රාමික සාමාජිකයාගේ සාමාජිකත්වය ලෙජර් ගත කරන ලදී.

දිනය : 20 / / දින

අත්සන :.....

අංකය :

නිලය :.....

නම :.....

අංශභාර බලලත් නිලධාරී/පේෂකොනොනි

1. ඉහත නම සඳහන් අය සාමාජික නාමලේඛනය වෙත ඇතුළත් කරන ලදී.

දිනය : 20 / / දින

අත්සන :.....

අංකය :

නිලය :.....

නම :.....

III වන කොටස

සුවසහන අංශ මානි I/ මානි II ගේ නිර්දේශය

1. ව්‍යවස්ථාවේ නියමයන්ට අනුව ඉහත නම සඳහන් අය හට සාමාජිකත්වය ලබාදීමට නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

දිනය : 20 / / දින

අත්සන :.....

අංකය :

නිලය :.....

නම :.....

IV වන කොටස

සුභකාමික අධ්‍යක්ෂ /කර්නල් සම්බන්ධීකරණ (සුවසහන) නියමනය

1. ව්‍යවස්ථාවේ නියමයන්ට අනුව ඉහත නම සඳහන් අය හට සාමාජිකත්වය ලබාදීමට අනුමත කරමි/නොකරමි.

දිනය : 20 / / දින

අත්සන :.....

අංකය :

නිලය :.....

නම :.....